

Algumas considerações

SOBRE A

LARYNGOTOMIA

9713 ENC

N.^o 3.
Antonio Maria Teixeira Guerra

Algumas considerações

SOBRE A

Laryngotomia

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA

à Escola Medico-Cirurgica do Porto



PORTO
IMPRENSA MODERNA

R. Duque de Loulé, 101 a 107

1900

9713 E4C

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR INTERINO

Antonio Joaquim de Moraes Caldas

LENTE-SECRETARIO

Clemente Joaquim dos Santos Pinto

CORPO DOCENTE

Lentes cathedaticos

1. ^a Cad. ^a —Anatomia descriptiva e geral	João Pereira Dias Lebre
2. ^a Cad. ^a —Physiologia	Antonio Placido da Costa
3. ^a Cad. ^a —Historia natural dos medicamentos e materia medica . .	Illydio Ayres Pereira do Valle
4. ^a Cad. ^a —Pathologia externa e therapeutica externa	Antonio J. de Moraes Caldas
5. ^a Cad. ^a —Medicina operatoria . . .	Vaga
6. ^a Cad. ^a —Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos.	Candido A. Corrêa de Pinho
7. ^a Cad. ^a —Pathologia interna e therapeutica interna	Antonio d'Oliveira Monteiro
8. ^a Cad. ^a —Clinica medica	Antonio d'Azevedo Maia
9. ^a Cad. ^a —Clinica cirurgica	Roberto B. do Rosario Frias
10. ^a Cad. ^a —Anatomia pathologica. . .	Augusto H. d'Almeida Brandão
11. ^a Cad. ^a —Medicina legal, hygiene privada e publica e toxicologia. .	Vaga
12. ^a Cad. ^a —Pathologia geral, semeiologia e historia medica	Maximiano A. d'Oliveira Lemos
Pharmacia	Nuno Freire Dias Salgueiro

Lentes jubilados

Secção medica.	{ José d'Andrade Gramaxo
	{ Dr. José Carlos Lopes
Secção cirurgica	{ Pedro Augusto Dias
	{ Dr. Agostinho Antonio do Souto

Lentes substitutos

Secção medica.	{ João L. da Silva Martins Junior
	{ Alberto Pereira P. d'Aguar
Secção cirurgica	{ Clemente J. dos Santos Pinto
	{ Carlos Alberto de Lima

Lente demonstrador

Secção cirurgica	Luiz de Freitas Viegas
----------------------------	------------------------

A Escola não responde pelas doutrinas expendidas na
dissertação e enunciadas nas proposições.

(Regulamento da Escola de 23 d'Abril de 1840, art. 155.º)

À MEMORIA

DE

Meu Pae

DE

MINHA AVÓ

E DE

MINHA IRMÃ

Eterna saudade

À memória de minha tia

D. MARGARIDA ROSA GUERRA

O dia de hoje seria para vós, minha segunda mãe, de verdadeiro e íntimo jubilo.

A MINHA MÃE

Está realizada enfim a vossa aspiração.
Cabe-me agora enxugar lágrimas de dias
infelizes.



A MEU IRMÃO

O teu mais intimo e dedicado amigo.

Ao illustre Professor

Dr. Roberto Belarmino do Rosario Trias

Tributo de admiração e respeito.

A MEU TIO

João de Souza Teixeira

Acceptae este tributo de amizade e gratidão.

A Antonio Vaz de Sampaio e Netto

Amizade infinda e gratidão profunda.

AOS MEUS



Aos meus Amigos

Aos Ill.^{mos} e Ex.^{mos} Srs.

Dr. Joaquim d' Andrade Sequeira

E

Dr. Jeronymo d' Andrade Sequeira

No Ex.^{mo} e Rev.^{mo} Snr.

CONEGO JOSÉ DA CRUZ CALDEIRA

É, de gratidão para com V. Ex.^a, esta
pagina.

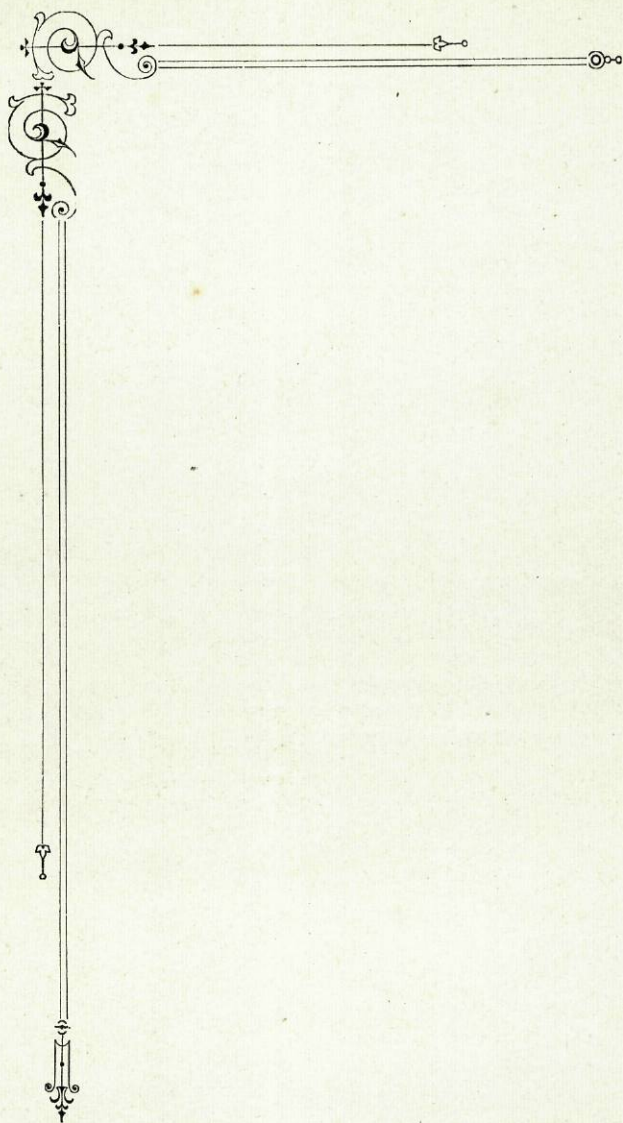
A CESAR FERNANDES

Conta sempre e para tudo com a minha
amizade.

Ao meu dignissimo Presidente de these

© Ill.^{mo} Ex.^{mo} Ssr.

Dr. Alberto Pereira Pinto d'Aguiar



Impossível me foi dar a este trabalho a feição practica, que para elle sonhára, e que a principio me sorrio ao espirito, mas que factos subsequentes transmutaram em immenso pezar.

Tendo assistido, por algum tempo, á Consulta de Laryngologia e Otologia no Hospital de S. José, de que é Director o Ex.^{mo} Sr. Dr. Avelino Monteiro, foi-me suggerida a idéa d'este assumpto, porque, na occasião, frequentava a Consulta um individuo portador de epithelioma da larynge e que se pretendia operar. Infelizmente, por doença demorada do Sr. Dr. Monteiro, o doente, cansado de esperar e de attender pedidos nossos, desapareceu, sem que depois lograssemos saber para onde fôra.

Não obstante este contratempo não desanimei. Tinha-me ficado gravadas as palavras do nosso Director referentes aos frequentissimos casos, em que a laryngotomia está indicada, e ao pouco uso que entre nós d'ella se tem feito.

Segui, pois, o caminho já traçado.

Sem pretensão a trazer novos materiaes para a sciencia, proponho-me unicamente vulgarisar mais as vantagens, que tal processo operatorio pode offerecer-nos; e grandes serão a alegria e a satisfação da minha consciencia se alcançar o fim, a que me propuz, e obter para este trabalho a approvação do illustradissimo jury, que sobre elle hade julgar.

LARYNGOTOMIA

A laryngotomia é uma operação, que consiste em abrir a larynge por uma secção media e vertical d'este canal.

Contestadas, ainda, por alguns as vantagens praticas de tal processo, apresentarei n'este trabalho, que divido em duas partes, a historia, as indicações geraes e especiaes, que tornam impraticaveis as vias naturaes, e exigem a abertura da larynge, as circumstancias em que esta não é favoravel; exporei ainda os processos varios, que dão accesso á larynge, quaes as complicações, que podem sobrevir, e finalmente o seu prognostico.

PRIMEIRA PARTE

HISTORIA

Pertence verdadeiramente a Desault e Vicq d'Azyr (1776 e 1778) a gloria de terem sido os primeiros a formular indicações precisas para a laryngotomia.

Desault preconizou a incisão da cartilagem thyroidea, e deu-nos para isso uma das mais completas descripções do manual operatorio.

Vicq d'Azyr propoz a laryngotomia crico-thyroidea executando essa operação apenas em animaes.

Sem ser feita no homem, essa operação, de resultados tão excellentes, cahiu no esquecimento durante algum tempo.

Já porém, desde os mais romotos tempos, os antigos se preocupavam com a ideia de abrir ao ar um caminho artificial em caso d'obstrucção das vias aereas.

Tinham em vista um fim palliativo e não curativo.

Assim vêmos já Hippocrates, no seu livro III, cap x, *De morbu*, aconselhar, para obstar aos perigos da asphyxia nas doenças das vias respiratorias, o emprego de tubos, que se introduziriam pela bocca até á trachea.

Mais tarde, Asclepiades de Bithynia concebeu, para o mesmo fim, a ideia de uma incisão transversal entre dois anneis da trachea.

Este processo operatorio, considerado então não só como uma intervenção inutil mas criminosa, cahiu no esquecimento, durante longos annos, envolvido nas censuras dos contemporaneos.

Só no seculo XVI Brassavole o resuscitou, pondo-o em pratica, mas seguindo ainda o manual operatorio de Asclepiades, isto é, a incisão transversal entre dois anneis da trachea.

Julgava-se então como sendo destituido de consolidação tudo o que era cartilagineo, e d'ahi o facto de todos os operadores, acreditando que os aneis da trachea não poderiam reunir-se depois de divididos verticalmente, fazerem a incisão entre dois aneis cartilagineos.

Factos subsequentes, observações nítidas de feridas accidentaes da larynge, fracturas da trachea, conseguiram pôr de parte taes receios.

Porém sómente passados dois seculos, no fim do seculo XVIII, é que Desault trouxe de novo á tela da discussão a utilidade de intervir cirurgicamente no tratamento das affecções da larynge, propondo a incisão da cartilagem thyroidea. Duas indicações, segundo elle, podem exigir essa intervenção: 1.^a a existencia d'um polypo larynge; 2.^a extracção de qualquer corpo extranho situado na larynge. Aconselha sempre, n'estes casos, a laryngotomia, por ser tão favoravel como a tracheotomia, e mais vantajosa relativamente á região a atravessar.

Se, porém, Desault tem a nossa admiração pela concepção da ideia, a Pelletan pertence a gloria de ter sido o primeiro a pôl-a em execução, praticando em 1788 a thyrotomia para extirpação d'um corpo extranho da larynge. Entra-se então no verdadeiro caminho das intervenções laryngeas.

E assim que vêmos Marjolin, Blandin, Brauers, Ehrmann, praticando a thyrotomia, quer em virtude de corpos extranhos, quer por causa de polypos da larynge.

Já tambem em 1776 Vicq d'Azyr, como já dissemos, havia proposto e executado a abertura da larynge, incisando a membrana crico-thyroidea.

Esta operação só havia porém sido realisada em cães, e nunca no homem.

Só em 1830, Roux a trouxe para a prática no homem, mas não foi feliz nas suas experiencias.

Cahiu no abandono pelo facto de offerecer um espaço insufficiente para dar passagem aos instrumentos proprios para

tirar os corpos extranhos, e pela impossibilidade d'introduzir uma canula conveniente.

Poucas observações posteriores se notam até que Krishaber em 1879 e Nicaise em 1886, contestando essas censuras, lheram grande incremento.

O espaço tyro-hyoideo não poudetambem livrar-se a dar ingresso á larynge, e assim vêmos já em 1859 Prat a executar a laryngotomia tyro-hyoidea, operação esta que foi posteriormente aconselhada por Malgaigne, e para cuja execução se deveria incisar a membrana parallelamente e abaixo do bordo inferior do osso hyoide, incisão que Follin modificou, para evitar certos perigos do processo de Malgaigne, aconselhando fazel-a parallelamente e acima do bordo superior da cartilagem thyroidea.

Impossivel ainda então o diagnostico das affecções laryngeas, devia, é claro, resentir-se d'isso o movimento operatorio; mas com a descoberta admiravel do laryngoscopia por Turck e Czermak em

1860, permitindo assim o diagnostico d'essas lesões, entra-se n'uma phase de grande incremento.

Czermark, Gibb, Lervin, Bruns, Fauvel lançam-se com verdadeiro ardor n'essa senda, preferindo a via endo-laryngea, que constituiu então o caminho mais seguido, e, quando em 1881, Jelinek dotou a therapeutica com um novo anesthesico local—a cocaina—o delirio cresceu, complicadas operações foram executadas e a laryngotomia sentiu-se abalada.

Foi isto ephemero.

Não veio o laryngoscopia, nem a via endo-laryngea acabar com ella. Pelo contrario, vieram segurar-lhe as bases, vieram trazer-lhe as indicações precisas, trouxeram-nos a certeza e a segurança no emprego.

Diminuiria o numero de laryngotomias, mas augmentou o numero de probabilidades d'exitos felizes.

Expresso fique já aqui, que deverá sempre tentar-se em primeiro lugar seguir a via endo-laryngea; casos ha porém

em que esta, além de perigosa e difficil, é impraticavel, e será então que a laryngotomia occupará o seu lugar.

Não é uma escolha, será uma necessidade. Contestada ainda hoje por alguns essa necessidade, por vezes imperiosa, eu passo no capitulo seguinte a apresentar e defender algumas d'essas indicações.

INDICAÇÕES

Varias são as circumstancias, que podem obrigar o operador a pôr em prática a laryngotomia, substituindo-a á intervenção pela via endo-laryngea.

Eu proponho-me apresentar algumas d'aquellas indicações, quer geraes, quer particulares, que a isso podem forçar-nos.

Indicações geraes

IDADE. — É principalmente nas creanças, que a via endo-laryngea se torna quasi impossivel seguir, e isto por circumstancias já anatomicas, já psychologicas.

Em primeiro lugar o diminuto calibre do orificio glottico, impedindo, já uma perfeita visão da lesão, que lhe seja inferior e do ponto em que se implanta, já a introdução dos instrumentos necesarios, tira ao operador a segurança na mão, o conhecimento exacto do acto, que vae executar, e ao operado novas lesões póde accarretar, já por simples contusão, já por repuxamentos, dilacerações e mesmo arrancamentos.

Em segundo lugar, o maior comprimento da epiglottle nas creanças póde já por si dificultar, não só qualquer exame laryngoscopio, mas ainda mais qualquer intervenção endo-laryngea.

Se das razões anatomicas passarmos ás psychologicas, maior é ainda o embaraço para o cirurgião, e maior a possibilidade de nullo resultado para o paciente.

Temos n'este campo a contar principalmente com a indocilidade quasi sempre invencivel n'aquella idade, diante da qual, ameaças, promessas, certeza de cura, nada valerão.

E não será, diminuindo-lhe a irritabilidade laryngea pela anesthesia local, que se proverá áquelle mal, pois o mal não está n'aquella, mas sim na rebeldia de vontade, contra a qual tudo é impotente.

Fauvel ¹ referindo-se aos obstaculos devidos á idade dos doentes aconselha com muita simplicidade, mas seguramente sem confiança, que se lhes faça comprehender, nada terem a recear, e, se preciso fôr, se examine uma outra pessoa deante da creança.

Nunca vi pôr em prática taes conselhos e taes exemplos para com as creanças, mas nem por isso me convenço menos da sua inutilidade.

Admittamos que, por força ou por surpresa, se obtem um exame laryngoscopico sufficiente: que acontecerá, quando tenham de pôr-se em linha de batalha os instrumentos necessarios para qualquer intervenção?

Tudo será inutil. A destreza e a boa

¹ FAUVEL, «Maladies du larynx», pag. 52.

vontade do operador serão impotentes contra tal rebeldia.

Os conselhos de Fauvel serão pelo menos inuteis.

Por todos estes inconvenientes parece, á primeira vista, que a laryngotomia se deveria sempre pôr em prática, e comtudo varias operações endo-laryngeas se teem feito nas creanças, se bem que em epochas, em que a operação é já relativamente facil, pois a maior parte d'ellas teem sido feitas em creanças ultrapassando os 10 annos.

De facil contestação parece-me a opinião de Mackenzie sobre este ponto, preferindo á laryngotomia a tracheotomia preventiva, e esperar que as creanças tenham idade, para que a operação se possa fazer por via endo-laryngea.

De modo que a um mal menor iria preferir-se um mal maior, não só obstando-se a um desenvolvimento completo da larynge, mas expondo, a todo o momento, o portador a todas as infecções, tão frequentes e tão perigosas n'aquellas idades.

TEMPERAMENTO. — Poderíamos repetir aqui parte do exposto acima.

Sendo as operações endo-laryngeas bastante penosas e demasiadamente morosas, claro que, para um individuo pusillanime, assustando-se á vista do sangue ou dos instrumentos, ou para um individuo nervoso e facilmente impressionavel, difficil será usar d'esse tratamento, que exige qualidades bem differentes d'aquellas que exornam taes pessoas.

CIRCUMSTANCIAS FORTUITAS. — A historia da laryngotomia apresenta-nos casos necessitados de immediata intervenção em que a operação, podendo realisar-se pela via interna, foi substituida pela externa por falta de instrumentos para a sua execução.

Citarei o caso de Grodet, que teve de praticar a thyrotomia n'um doente, ameaçando suffocar, por não dispôr d'instrumentos para a extracção d'uma sanguisuga no espaço infra-glottico.

Indicações particulares

Muitos são os casos especiaes necessitando intervenções cirurgicas, sobrelevando-se muitas vezes, entre todas ellas, a laryngotomia, como sendo o processo operatorio de escolha, já pela facilidade de sua execução, já pela sua efficacia.

Entre esses varios casos apontarei os seguintes:

Corpos extranhos, tumores benignos, tumores malignos, tuberculose laryngea, traumatismos, e estenoses laryngeas.

CORPOS EXTRANHOS. — É n'este campo, que a laryngotomia tem conquistado os seus maiores e mais seguros triumphos.

Quando outra qualquer intervenção tem cahido por impotente, vem ella trazer a satisfação de consciencia e a alegria ao cirurgião. Não houve preferencia, é verdade, mas houve necessidade.

Tillaux ¹ aconselha-a nos casos, em que o corpo de delicto não fôr vizível pelo exame laryngoscopico. Albert ² apresenta-nos uma estatistica de Durham de 271 casos não soffrendo tratamento, em que a morte sobreveio em 115, ao passo que 283 casos, em que o corpo extranho foi tirado artificialmente, deram 213 casos de cura.

Effectivamente um corpo collocado na larynge, quer, pelo seu volume e modo de applicação, occasionando accidentes de suffocação, que bem poderá ser rapida, quer, pelas suas asperezas, determinando ulcerações laryngeas, podendo ser causa de variadas e temiveis complicações, exigirá uma intervenção rapida e completa, porque podem ser rapidos os destroços, e rapida póde ser a morte.

E, a maior parte das vezes, impossivel nos será a extracção por via endo-laryngea, porque é necessario attendermos á

¹ TILLAUX, « Traité de chirurgie clinique ».

² EDOUARD ALBERT, « chirurgie clinique ».

fórma e posição do corpo, tornando em muitos casos impossivel a apprehensão por pinças, ás irregularidades de sua superficie, podendo fixar-se na mucosa, á proliferação, que esta membrana muitas vezes executa em volta d'elle, ao edema que se estabelece, occultando por essa maneira o corpo de delicto.

Se recorrermos á tracheotomia, podemos, é verdade, livrar-nos dos perigos immediatos de suffocação, mas não attingimos de modo algum o fim capital, e vamos, por outro lado, juntar possibilidade de novas infecções a uma mucosa já alterada.

Abstendo-me de juntar estatisticas comprovativas, são estas considerações sufficientes para nos garantirem a justiça de tal pratica operatoria.

TUMORES BENIGNOS.— Dois methodos se defrontam, actualmente, no tratamento dos tumores benignos da larynge, consistindo um em attingil-os por via artificial, outro por via natural com o auxilio do laryngoscopia.

É sobre este ponto de vista de tratamento das affecções laryngeas, que os inimigos da laryngotomia mais se teem salientado, chegando a apodal-a de methodo barbaro, como faz Fauvel no seu Tratado das doenças da larynge.

Não admittem contemplações para este processo operatorio, que, dizem, deveria ser completamente banido, admirando-se de que muitos cirurgiões distinctissimos o prefiram a qualquer outro. Não haveria casos excepcionaes. Barbaro o methodo operatorio, barbaro o operador. É o crê ou morres dos mahometanos.

Mais tolerantes os antagonistas.

Conciliando tudo, cedendo aos contrarios as glorias, que estes podem adquirir, não regeitando apezar d'isso as que, por direito e por força das circumstancias, lhes pertencem. É este o verdadeiro campo, está n'isto a verdade. Não querem tudo, antes cedem a maior parte.

Antes da descoberta do laryngoscopia, a ablação dos tumores benignos quasi se limitava a fazer-se pela via artificial, se-

guindo este processo Brauers, Ehrmann, Buck e Prat.

Com a descoberta porém d'esse instrumento permittindo vêr a fórma, volume, numero, séde d'esses tumores, a ablação pela via endo-laryngea tomou o seu lugar d'honra, alcançou numerosos triumphos, e, empolgando tudo, foi a unica seguida, por algum tempo. Mas vieram os casos difficeis, os revoltados contra o monopolio, e a desthronada laryngotomia reconquistou os seus direitos e os seus adeptos, estes porém em numero bem mais limitado, mas existindo sem duvida.

Assente está, que as primeiras tentativas d'ablação devam effectuar-se pela via boccal, o que, a maior parte das vezes, será bem succedido; poderá acontecer porém, pela idade do doente, séde, natureza, superficie d'implantação do tumor, numero, que aquelle caminho, além de perigoso, seja impraticavel, e, então a pinça e o laryngoscopia cederão o lugar ao escalpello.

A observação do Dr. Avelino Monteiro, apresentada no fim do nosso traba-

lho, dá-nos conta d'alguns obstaculos, que podem apresentar-se e fazer substituir á via endo-laryngea a laryngotomia.

A preferencia é dada por necessidade e não por favor em egualdade de circumstancias.

É esta necessidade, que procurarei demonstrar.

O methodo endo-laryngeo não é d'uma tão grande simplicidade nem d'uma tal facilidade, como os seus apologistas apregoam. Assim Fauvel, ¹ embora seu acerrimo defensor, diz que a segurança e a habilidade operatoria, para estes casos, não pode adquirir-se a não ser por um exercicio prolongado e ainda deverá possuir-se uma natural destreza de mão.

Será preciso habituar-se a seguir com as pinças todos os movimentos da glotte e da larynge, saber aproveitar todos os movimentos favoraveis, condições estas que tornam esta operação uma das mais delicadas e difficeis da cirurgia.

¹ FAUVEL, logar citado.

Além d'isto, se analysarmos os resultados operatorios e os therapeuticos, veremos, que muitas vezes os primeiros são máos e os segundos nullos, podendo mesmo ser prejudiciaes em alto grau.

Indicação é que a ablação seja feita totalmente e d'uma só vez. Ora isto é infelizmente impossivel, a maior parte das vezes, porque, a maioria dos tumores, hospedes habituaes d'esta região, não sendo pediculados, a extracção tem de ser feita aos pedaços e em varias sessões, dando essas superficies dilaceradas muitas vezes logar a hemorragias graves, que não só pedem a interrupção e o addiamento da operação, mas ainda põem, em grave risco, a vida do doente.

Principalmente, se esses tumores se desenvolverem nos ventriculos, essas tentativas necessitarão de ser repetidas muitas vezes.

Fauvel ¹ anti-laryngologista acerrimo, no Congresso de Londres em 1881, nova-

¹ FAUVEL, « Maladies du Larynx ».

mente vem, a campo, com as idéas expendidas no seu *Tratado*, isto é, imputando á laryngotomia:

1.º Expôr o doente á suppuração, erysipela, tetano, etc.

2.º Provocar o escoamento de sangue na trachéa.

3.º Offerecer um campo operatorio limitado.

4.º Ser seguida d'aphonia, se forem attingidas as cordas vocaes.

Á primeira razão, nós oppomos a propria sciencia, os vastos conhecimentos adquiridos no campo da antisepsia, que permittem ao cirurgião as tentativas as mais audazes. Á segunda o emprego das canulas-tampões e especialmente a de Trendelenburg, que permite evitar qualquer perigo.

Á terceira responderemos n'outro lugar do nosso trabalho, quando tratarmos dos processos operatorios e das experiencias de Castex, que obteve um campo operatorio de 15 millimetros na thyrotomia

e 30 millímetros na laryngotomia total.¹ Estes resultados são sufficientes para pôr de parte a objecção de Fauvel. Á quarta diremos, que é verdade, por vezes, a laryngotomia ser seguida de aphonía ou dysphonia, mas que na maior parte este resultado é devido não á operação em si, mas á extensão da lesão e portanto á necessidade d'uma ablação maior de tecidos doentes.

A laryngotomia destroe muitas vezes o mal, mas não obsta sempre aos estragos, que elle já tem determinado. E por vezes, não se attendendo a que a larynge, necessitando essa operação, é já um órgão doente, attribuem-se-lhe resultados de que se acha innocente. Além d'isto está o methodo endo-laryngeal livre d'esses desastres? Não.

Ora sendo assim, e admittindo tal razão como defeito insuperavel, tinhamos de pôr de parte um e outro processo. E

¹ CASTEX, « Le traitement chirurgical de la tuberculose laryngée ».

ainda, sendo de necessidade tal operação, não comprehendendo como taes censuras são atiradas, quando tantos perigos se evitam.

Dissemos já, que, se o methodo endolaryngeo é applicavel na grande maioria dos casos, ha condições de séde, natureza, volume, numero, que tornam este methodo incompleto, perigoso e mesmo impossivel.

E, na verdade, embora a maior parte d'estes tumores tenha a séde supra ou intra-glottica, outros ha que são infra-glotticos e de base d'implantação bastante larga, para pôr-se em pratica a intervenção natural.

O volume, por vezes, tem obrigado a recorrer á laryngotomia, como succedeu a Böeckel, que nos apresenta tres casos, que, pelo seu volume, operou por via artificial, pois que nas tentativas por via natural só tivera como resultado o seu desenvolvimento extraordinario.

O mesmo se dá relativamente á natureza e ao numero.

Os tumores podem apresentar-se tão vasculares, e em tal numero, que inter-

venções repetidas sejam causa de hemorragias graves, quer primitivas, quer secundarias.

Entre os tumores benignos, ha uma classe — os papillomas — que teem uma enorme tendencia a proliferar, quando a sua ablação é incompleta e não se tem modificado o terreno, sobre que se desenvolvem.

Ora isto são razões para que o methodo endo-laryngeo seja muitas vezes considerado como insufficiente. Só a laryngotomia permite uma ablação completa e rapida e uma cauterisação perfeita da região.

Ha ainda a considerar, aqui, a tão debatida questão da evolução possivel dos tumores benignos em malignos, que alguns acceitam, mas que Bard e Delbet¹ só admittem como uma transformação completa, isto é, que um neoplasma maligno se desenvolveu sobre um benigno, como se desenvolveria em outra parte.

¹ «Traité de chirurgie».

E sobre este ponto affirma, que certos d'entre elles—os adenomas—parecem offerecer um terreno relativamente favoravel ao desenvolvimento dos tumores malignos.

Sendo a doença dos tecidos e os traumatismos repetidos factores etiologicos de primeira grandeza no apparecimento e evolução dos tumores, parece-nos, que deveremos lançar mão do methodo operatorio, que mais breve cura e menos estragos possa estabelecer.

TUMORES MALIGNOS.—É, principalmente, n'este campo da malignidade dos tumores, que mais se teem defrontado as opiniões sobre a utilidade de processos operatorios, como tratamento curativo.

Ha os adeptos da theoria parasitaria neoplasica, segundo Verneuil, para os quaes é um crime, pelos resultados improductivos e sempre estimuladores, o tentar extirpar esses tumores.

Nenhuma utilidade, dizem elles; não accordeis, pois, o leão que dorme.

É ali o *noli me tangere*.

Outros ha porém, e estes, a maioria, a vanguarda da sciencia, appellidam de crime a não intervenção, desde que o inimigo, nos seus reductos, possa ser vencido. O tumor reproduz-se, porque não foi completamente extirpado, ou por sua extensão e generalisação ou por falta operatoria.

Realmente, desde o momento que se conserve ainda na sua phase de inicio, antes da invasão ganglionar, antes mesmo de ter passado a phase de crescimento continuo, contrahindo adherencias aos órgãos visinhos, eu acho indicada a intervenção cirurgica tendente a libertar a larynge d'essa neoplasia.

Ainda, n'este campo dos apologistas da intervenção cirurgica, ha uma divisão a contar.

Querem uns sempre a via endo-laryngea, preferem outros, todas as vezes, a extra-laryngea. Conservemo-nos no terreno medio.

Effectivamente, se o tumor estivesse reduzido a um pequeno nódulo, localizado em parte accessivel, por ex.: n'uma corda

vocal, estando intacta a mucosa circumvisinha, deveria pôr-se em pratica a excisão com o auxilio de pinças; mas, se esse tumor fôr já um pouco diffuso, que a mucosa, em volta, apresente já uma côr amarelada e nos dê a sensação de que vae já invadida, se o seu accesso fôr difficil, parece-me bem que n'esse caso, pondo de parte a excisão por via endo-laryngea, deve pôr-se em pratica a laryngotomia.

Mas ha a accrescentar, e isto é uma verdade, não ter-se sempre a certeza, procedendo pela via endo-laryngea, do tumor ser completamente tirado, porque o cancro se propaga profundamente, mais do que o mostra o aspecto externo da mucosá.

É bem esta a opinião de distinctissimos laryngologistas, como Gerhardt, Desormeaux, Tobold, etc. ¹

Effectivamente, comprehende-se, que só pela via externa possa fazer-se uma extirpação radical do tumor, e só assim

¹ « La Maladie de l'Empereur Frédéric III ».

se adquirira a certeza de havel-o extrahido completamente.

Seja-me permittido apresentar, aqui, a opinião de Tobold.

« Je tiens le procédé d'extirpation, par la pince, pour inopportun et insuffisant, car il est impossible d'enlever, de cette façon, d'une manière complète, par une incision nette, un néoplasme diffus de la corde vocale. On doit craindre de voir ultérieurement, se produire tôt ou tard des récidives, sans compter que, d'après mon expérience personnelle, l'action inévitablement brutale de la pince sur la corde vocale et sa néoplasie (surtout quand cette dernière est maligne), favorise la reproduction de la tumeur, et, en fin de compte, rend nécessaire une méthode plus précise. Je considère la laryngotomie comme le seul moyen nous permettant de venir complètement à bout du mal, en nous mettant à même d'exciser, avec sûreté et avec une absolue précision, toutes les parties malades, et de détruire et de rendre inoffensif le point d'implantation, en y appliquant la pointe incandescente d'un thermocautère Paquelin. Même, au point de vue de la phonation, on peut attendre de ce procédé un résultat meilleur qu'on ne serait autorisé à en attendre d'une corde vocale déchirée et hachée par la pince. »

Não são, porem, de resultados sempre felizes os casos apontados nas diversas estatísticas, que, de passagem diremos, não são ainda muito grandes. Apresentam-nos todavia ellas casos de cura, casos em

que as recidivas só muito tarde se manifestaram, e estes resultados não são para desprezar, antes para conseguir.

Varias são as razões, que influíram ou podem influir, para que a laryngotomia não dê sempre o resultado desejado.

Em primeiro logar, deu-se com esta operação o mesmo, que com todas as grandes descobertas scientificas, quer medicas, quer chirurgicas.

Apresenta-se uma operação como infallivel, uma droga como especifica, e isto acolhe-se com enormes esperanças, emprega-se em todos os casos, parecendo identicos, sem campo bem delimitado.

Depois a desillusão, mas com ella a reflexão fundada na experiencia. Adquire-se a sciencia para a escolha das circumstancias, que, embora nos favoreçam menos pelo numero, nos offerecem maiores garantias de resultado efficaç.

Assim a laryngotomia empregada muitas, vezes, a principio, sem diagnostico preciso, sem attenção pela extensão da lesão pela marcha da neoplasia para que era empregada, devia dar resultados maus.

Ha ainda a considerar para o bom resultado operatorio, que, na larynge como em qualquer outra região, a malignidade d'um tumor, não é sempre a mesma, devendo attender-se á sua marcha, séde, aspecto, que em certos casos fazem pôr de parte qualquer intervenção por ser fatal a recidiva, n'outras mostram-se favoráveis sendo então a operação a unica possibilidade de salvação. Diz Morals: ¹

« Nous croyons pouvoir affirmer qu'un cancer intrinsèque au début est justiciable d'une laryngotomie tout comme un papillome. »

Effectivamente temos a considerar duas fórmas de cancros laryngeos: o *cancro intrinseco* e o *cancro extrinseco*.

Ora pelas excellentes condições anatomicas da larynge, cuja mucosa, segundo Sappey, é muito pouco rica em vasos lymphaticos, o cancro intrinseco é como que encerrado em um estojo cartilagineo, que põe um dique á sua diffusão, sendo

¹ Contribution a l'etude de l'Intervention chirurgicale dans les Cancers du larynx. Paris, 1898.

facto observado, que esses tumores ficam estacionarios e limitados durante algum tempo sem invadir os ganglios visinhos.

D'aqui, a classificação e a lei de Kris-haber:

cancro intrinseco de evolução lenta e sem invasão ganglionar

cancro extrinseco de evolução rapida, menos limitada, com invasão ganglionar precoce.

Accresce ainda que no grupo dos tumores malignos intrinsecos ha duas formas com pouca tendencia para a recidiva e são: o sarcoma de myeloplaxes, o epithelioma de consistencia cornea e de pequeno volume.

Não assim com os sarcomas globocellulares, com os epitheliomas de consistencia mollê, cuja recidiva é quasi fatal.

Além d'isto, sabido é, que os tumores endo-laryngeos, não se manifestando, a principio, funccionalmente a não ser por uma ligeira alteração de voz, e nem isto assim é para os supra-glotticos, por uma dyspnea de intensidade variavel, rara-

mente pela dôr, tosse, muito pouco chamam a atenção do portador n'essa epocha, em que a operação seria seguida de resultado brilhante e não seria já acoi-mada de inefficaz e prejudicial.

Não fallo dos symptomas physicos, menos despertadores que os antecedentes, de modo que, na grande maioria dos casos, o doente apresenta-se, quando já a principal condição para a operação tem fugido, e, então, attribue-se á impericia do operador, á inefficacia do processo, o pouco resultado colhido, que, de facto, não pertence nem a um nem a outro.

Necessario se torna pois um diagnostico exacto e preciso, que o tumor seja limitado, que a intervenção seja precoce, para que da operação possam tirar-se os resultados requeridos.

Grande numero de vezes, estas condições não se apresentam, e forçoso é, n'estes casos, recorrer á laryngotomia, como unico processo exequivel.¹

¹ MORALÉS, logar citado.

TUBERCULOSE LARYNGEA. É também n'esta affecção, que o tratamento cirurgico vae adquirindo o logar, que, de direito, lhe compete.

Desde tempos remotos da medicina eram já propostas a tubagem e a tracheotomia para combater a asphyxia, que se poderia dar em casos d'obstrucção das vias aéreas por massas tuberculosas, e, quando em 1858 começou a applicação do laryngoscopia, que permittia diagnosticar a séde da lesão, o tratamento cirurgico da tuberculose laryngea tomou notavel incremento.

Foi porém só em 1882 com a descoberta de Koch, facto que coincidio com a de Jellinek, dotando a therapeutica com um novo anesthesico local de alto valor — a cocaina — que na cirurgia da larynge se operou uma verdadeira revolução.

A lei de Louis, que admittia sem excepção a infecção pulmonar sempre que uma outra parte do organismo fosse atacada de tuberculose, cahio redondamente, dando logar á admissão das tuberculosas locais.

Com effeito, o bacillo de Koch, podendo invadir o organismo por differentes portas d'entrada, ahi póde cultivar-se, colonisar, e passar depois a outros tecidos e órgãos ou mesmo assentar arraiaes, sem que tal invasão se apresente. E assim podemos ter a tuberculose limitada a uma articulação, a um osso, á prostata, amygdala, etc., assentando em individuo cujos pulmões bem podem estar indemnes.

Positivo é, que o mesmo póde dar-se na larynge, pois que, ficando á entrada das vias respiratorias e revestida por uma mucosa de grande sensibilidade, recebe a acção permanente do ar exterior carregado de germens infecciosos.

A anatomia pathologica e a clinica teem provado isto d'uma maneira concludente.

Podendo ser pois a larynge séde d'uma tuberculose local primitiva, que bem podemos atacar em seus reductos, é natural, que esteja indicado o tratamento cirurgico para substituir o medico. N'esta ordem de ideias seguem Verneuil, Forgue e

Reclus, que, no seu tratado de cirurgia, estabeleceu as vantagens do tratamento pelo escalpello. Egualmente Hering, n'um trabalho apresentado no congresso de Berlim em 1886, defende o tratamento cirurgico da tuberculose da larynge, trabalho que tinha a justificar-o uma estatística, embora pequena, mas de alto valor, pois que, em 12 casos tratados d'esse modo, ha mencionados 8 curados e 4 melhorados.

N'outro congresso em Berlim, em 1890, Luc, celebre laryngologista, sustenta que a laryngite tuberculosa deveria ser sempre tratada cirurgicamente, e, quando n'esse tratamento se applicasse a laryngotomia, a cura seria a regra geral.

Uma longa lista de medicamentos tem sido dada á luz, para tratamento da tuberculose da larynge, mas essa mesma multiplicidade de panacéas deslumbrantes hoje, decaídas ámanhã, mostra a pouca confiança, que deve ter-se n'um tratamento puramente medico.

Se a lesão se limitasse apenas a uma simples hyperemia, a um ligeiro catharro,

poderia ser que dêsse alguns resultados, mas, se a lesão se manifestar um pouco diffusa, de difficil accesso, seria illusorio, que se esperasse a cura pela applicação d'uma substancia, levada longe e mal, não podendo demorar-se em contacto durante algum tempo, pois que esforços do doente, mucosidades, escarros, tenderiam a arrastal-o.

D'entre esses medicamentos alguns teem sido tão celebrados, que quasi teem sido dados como especificos no tratamento de que nos occupamos. Temos por exemplo: o acido latico, menthol, resorcina e por ultimo o naphtol camphorado.

Se verdade é, que n'alguns casos, apresentados nos trabalhos de Krauze, Perier, Fernet e outros, se mostra, que melhoraram ou curaram inflammções ligeiras da mucosa, ulcerações superficiaes, certo é tambem que claudicaram muitas vezes.

Mas se, em logar d'estas fórmulas ligeiras, nós tivermos de frente as fórmulas pseudo-polyposas, sclero-vegetantes furtando-se á acção dos topicos, claro é que

nada haverá a esperar da sua acção, quer palliativa, quer curativa.

Teremos então á nossa disposição o vasto dominio da cirurgia mais energica e mais segura.

Cirurgicamente mesmo duas indicações podem apresentar-se na applicação d'este tratamento, isto é, desejaremos assaltar no momento, ir de encontro aos tres grandes symptomas funcçionaes dominantes no decurso de toda a tuberculose, a dyspnéa, a dysphagia e a dysphonia, e que ameaçam mais directamente a existencia e o bem estar, sustando-lhes os effeitos e prolongando a vida e a tranquillidade do individuo, ou procuraremos ir mais longe, á causa, destruindo-a empregando o necessario para trazer o individuo ás condições normaes de sociabilidade e de saude.

Mas, como n'este nosso modestissimo trabalho queremos pôr em realce um methodo de tratamento cirurgico curativo, não nos referiremos, ao que esse mesmo tratamento tem obtido de bom, quando empregado para obter apenas melhoria

de situação, se bem que em muitos casos seja este o unico justificavel na occasião.

Tres methodos chirurgicos se defrontam actualmente no tratamento da tuberculose laryngea e são: a *Curetage*, a *Laryngotomia* e a *Laryngectomy*.

Para que sejam efficazes e para por meio d'elles se obter a cura radical será necessario: 1.º que as lesões sejam limitadas, 2.º que possam ser attingidas, 3.º que haja indemnidade dos outros orgãos, 4.º que sejam destruidos por completo todos os focos.

Posto isto analysemos e comparemos os methodos.

CURETAGE. — Methodo até hoje o mais seguido e de grande utilidade, quando empregado como palliativo da dyspnéa, dysphagia e dysphonia; de effeitos porém menores, de indicações mais restrictas, quando usada como tratamento radical.

Effectivamente se se tratasse de tuberculose sob a forma de vegetação, ou de ulceração muito limitada, de facil accesso, a curetage está perfeitamente indicada;

mas se as lesões forem disseminadas, se a sua séde fôr pouco accessivel, esse methodo terá de ser posto de parte. Com effeito é condição essencial, para poder obter-se uma cura radical, que sejam extirpados todos os fôcos microbianos; isto porém é pouco facil dadas as condições ultimamente apontadas, além de que estas operações pela via endo-laryngea requerem muita habilidade e segurança por parte do operador. O exame da lesão não é directo, a operação póde não ser levada a seu termo n'uma só sessão, pois que o doente não poderia supportar sem fadiga e mesmo sem perigo o contacto prolongado dos instrumentos, e a mucosa, apesar da cocaina, reagiria, podendo seguir-se um espasmo e d'ahi uma asphyxia consecutiva.

Se resultasse incompleta, além de inutil seria prejudicial, e a recidiva era certa, aggravada ainda pela possivel generalisação a todo o organismo. Além d'isto, em certos individuos pusillanimes e nervosos, aos quaes a vista dos instrumentos e de sangue assusta, este tratamento não

poderia ser seguido. Outro accidente, e gravissimo, póde dar-se no seu emprego, e que vem a ser uma reacção inflammatoria exaggerada da mucosa. A tumefacção, propagando-se a todos os tecidos, diminuiria a abertura glottica produzindo assim uma estenose, pelo que sobreviria uma asphyxia ameaçadora, exigindo muitas vezes a tracheotomia.

LARYNGOTOMIA.—Poucas vezes tem sido posta em pratica como tratamento na tuberculose da larynge e ainda assim a maior parte d'ellas foi dirigida contra lesões, cujo exame ulterior sómente mostrou serem tuberculosas.

Empregada pela primeira vez por Prat em 1859, conquistou ella adeptos sinceros como Luc, Planchon. ¹

A estatistica é pequena, a suppril-a, porém, temos a nossa razão.

Realmente, se a clinica nos apresenta bastos casos de cura pelo tratamento ci-

¹ «Faits cliniques de laryngotomie».

rurgico, e, se circumstancias podem dar-se, em que esse tratamento não possa ser seguido pelas vias naturaes, como são: a disseminação das lesões, o serem occultas nos ventriculos, a impossibilidade de attingir todas, a difficuldade d'um completo exame laryngoscopico, parece-nos, que deverá tentar-se e pôr em pratica a laryngotomia desde o momento, que possam ser destruidos todos os fôcos.

LARYNGECTOMIA.—A extirpação da larynge em casos de tuberculose tem sido empregado um limitadissimo numero de vezes, e os insuccessos teem sido constantes.

A estatistica é uma verdadeira necrologia.

Nenhum juizo favoravel póde assentar, parece-me, sobre esta operação, que, a essa lista de catastrophes, tem a juntar a enorme gravidade e os grandes estragos que a acompanham.

ESTENOSES LARYNGEAS. — Não trato evidentemente, de estenoses impropriamente assim denominadas e devidas a uma inflamação aguda, ao edema da glotte, ao croup, a lesões de visinhança, etc., mas sim d'aquelles apertos desenvolvidos primitivamente na laryngê e determinando uma diminuição de calibre gradual e permanente.

Podendo ser devidos a uma retracção cicatricial consecutiva a um traumatismo, a uma queimadura, a um vicio congenito, a uma ulceração, elles são ordinariamente produzidos pela syphilis, e se muitas vezes são susceptiveis de cura pela simples dilatação, ou pelo tratamento anti-syphilitico, outras ha que, pela sua fórma, pela sua consistencia ficam rebeldes a essas tentativas, exigindo n'este caso outro modo especial d'intervenção.

Varios são os casos na sciencia, cujos o unico tratamento tem sido a laryngotomia.

Sokolowski, n'um caso de laryngite hypertrophica, Lefort, n'uma estenose cicatricial traumatica, Scheier, em dois de

estenose syphilitica só alcançaram vencer-os fazendo a laryngotomia, excisando as diversas partes e recorrendo em seguida á dilatação, que só por si se mostrára impotente.

Leseigneur ¹ apresenta-nos um caso, de Seifert, de membrana inter-glottica, em que, não podendo ser destruida pelas vias naturaes, teve de praticar-se a laryngotomia.

Contra os apertos succedendo a traumatismos da larynge teem-se proposto varios meios, como : catheterismos repetidos, o emprego d'um balão d'ar, que, levado vasio, se encheria na cavidade laryngea, a tubagem, etc.

Infelizmente todos elles teem ficado inapplicaveis, ou sem resultado.

A pratica da tracheotomia, em casos de fractura da larynge, tão preconizada por alguns, tem sido de effeitos detestaveis, pois, em todos os casos, em que tem sido empregada, um aperto se formou sem-

¹ «Etude sur la Laryngotomie», Paris 1894.

pre acima do local, onde ella se realisára, e, desde que os doentes tentavam respirar pelas vias naturaes, asphyxiavam, condemnando-os assim á aphonia definitiva e ao uso constante d'uma canula, o que não é sem perigos.

Caterinopoulos, ¹ seguindo as ideias de Panas, propõe substituir a tracheotomia, por uma tyrotomia previa por meio da qual se manteriam os fragmentos das cartilagens em boa posição e evitar-se-hiam apertos futuros.

Parece-nos tambem que deva ser este o processo a empregar, embora d'ahi possa resultar um certo grau de dysphonia, ou mesmo a phonia, resultado certo na tracheotomia.

¹ CATERINOPOULOS, «Fractures des cartilages du larynx et leur traitement par la thyrotomie immediate», Paris 1889.

CONTRA INDICAÇÕES

Estas dependem da lesão e do individuo. Se a lesão for muito extensa e de natureza maligna invadindo já as partes visinhas, o systema ganglionar, exigindo a sua ablação enormes mutilações por parte dos tecidos; se o estado geral do individuo fôr mau, não podendo supportar o abalo operatorio, é preciso pôr de parte a laryngotomia, operação agora insufficiente e perigosa, e recorrer á laryngectomia, mais radical, ou contentarmos com a tracheotomia, que permittirá prolongar a vida ao doente, embora em péssimas condições.

COMPLICAÇÕES

As complicações, que ha a temer na laryngotomia, podem ser operatorias ou post-operatorias, sendo umas e outras locais e geraes.

Entre as primeiras temos a considerar as hemorragias, os accessos de suffocação.

As hemorragias podem resultar, quer da secção da cartilagem thyroidéa, secção attingindo os ramos laryngeos da thyroïdée, quer da curetage e extirpação dos tecidos.

Os accessos de suffocação, que algumas vezes apparecem e complicam a operação, são devidos ao escoamento de sangue na trachéa.

As hemorragias ou são benignas e sem importancia ou são mais graves, mas evitaveis, assim como os accessos de suffocação, pelo emprego da canula-tampão.

Entre as complicações post-operatorias locais temos: as hemorragias secundarias, os accidentes communs a qualquer ferida, a inflammação, o phlegmão; algumas vezes poderá mesmo notar-se um emphysema, perichondrite, abcessos, etc.

A isto poderemos nós oppôr os poderosos meios de combate, que a antisepsia nos offerece.

Resta-nos fallar das complicações geraes, como: o collapso, a broncho-pneumonia, a alteração de voz.

O *collapso*, ou esgotamento nervoso, accidente a que alguns operados succumbem, é devido, segundo Stoerk, a uma paragem do coração causada pela destruição do ramo cardiaco do pneumogastrico, que algumas vezes caminha ao longo da larynge em logar de acompanhar os grossos vasos.

Esta explicação assenta n'uma anomalia, que poderá dar-se.

Delorme e P. Bert na physiologia comparada da respiração reconhecem-lhe como causas principaes: 1.^a a lesão directa dos tecidos ou antes dos nervos; 2.^a a transmissão ao eixo cerebro espinal d'um choque brusco, directo. A excitação dos nervos provocada pelo traumatismo actuaría sobre o systema nervoso central e por acção reflexa produziria perturbações cardiacas.

Os nervos incriminados eram os laryngeos ou os ramos gastricos do pneumogastrico, estes excitados pelo estado nauseoso do doente devido ao chloroformio ou a substancias alimentares contidas no estomago.

Broncho-pneumonia.— Não se está ainda d'accordo sobre a causa d'este accidente. Alguns, como Demons, attribuem-a ao ar frio penetrando nas vias aereas sem ser aquecido pela sua passagem atravez da cavidade boccal, outros como Terrier julgam que os accidentes

pulmonares são devidos á introduccão dos microbios da *atmosphera* que chegam aos pulmões sem terem passado atravez das fossas nasaes, Boeckel attribue essa complicação ao escoamento de sangue na trachéa; a maior parte porém dos cirurgiões collocam-a sob a influencia d'uma infecção directa pelas secreções septicæ da ferida operatoria cahindo na trachéa.

O facto é, que se algumas vezes ella tem apparecido como aconteceu a Boeckel em seguida a um escoamento de sangue na trachéa devido a uma thyrotomia feita sem a canula de Trendelenburg, outras vezes, como succedeu n'um caso de Labbé em que a respiração parou durante algum tempo por effeito de escoamento de sangue, elle não se declara, e ainda póde acontecer que sem accidente algum succedido durante o acto operatorio ella venha a manifestar-se.

Terá porém só a laryngotomia o mau séstro de despertar tal complicação? Não, pois que é susceptivel d'apparecer em todos os casos em que fôr necessario abrir as vias aereas e fazer seguir ao ar um ca-

minho artificial. A tracheotomia, que alguns julgam inoffensiva, póde produzir os mesmos resultados. Creanças tracheotomizadas em virtude do croup morrem muitas vezes de broncho-pneumonia e não da affecção por que foram operadas. Casos clinicos abundam em que á tracheotomia succedera a broncho-pneumonia. E assim devia ser desde o momento em que as condições tributarias d'esse accidente na laryngotomia subsistem egualmente aqui.

Posto isto, devemos nós, dado o caso de impraticaveis e impossiveis as tentativas por via endo-laryngea, preferir a tracheotomia á laryngotomia? Não. Vantagens eram nullas e desvantagens sob o ponto de vista d'aquella complicação seriam as mesmas.

Alteração da voz.— Os adversarios da laryngotomia muito se teem servido d'esta possivel eventualidade, para censural-a: como se a maior parte das vezes ella fosse a culpada!

As estatisticas apresentadas pelos au-

ctores não são concordes sobre os resultados da talha laryngea, sob este ponto de vista. Uns, como Koeler, dão 60 % dos casos com restabelecimento normal da voz, outros, como Morell Mackenzie, dão-nos apenas 22 %.

Não se attende porém n'ellas ao estado anterior da voz, a que a larynge é já um órgão doente, ás causas que a necessitam, e grande numero de vezes ás enormes excisões impostas pela extensão da lesão.

As observações das laryngotomias e seus resultados demonstram-nos á evidencia, a influencia preponderante das lesões da larynge sobre as suas funcções futuras, e a benignidade da secção da cartilagem thyroidéa. Effectivamente nas observações, em que foi praticada para extracção de corpos extranhos e em que portanto não havia doença organica, vemos que a voz tem ficado normal na quasi totalidade dos casos.

Na extracção de tumores benignos em que a ablação de tecidos é menor, em que os estragos produzidos são inferiores aos

que resultariam de tumores malignos, ahi, repito, a operação, sob o mesmo ponto de vista, é muito mais favoravel.

Mas admittamos, que algumas vezes a alteração da voz, dysphonia ou mesmo a aphonia, seja devida unicamente á operação, e que é mesmo inevitavel.

Será isto motivo para a pôrmos de parte? De modo algum.

A laryngotomia, mais d'uma vez o dissemos já, é uma operação de necessidade imposta pela gravidade das circumstancias, e que só devemos pôr em campo, quando se nos tornem impraticaveis as vias naturaes. Depende d'ella a vida do doente e esta é d'uma tal importancia relativamente á conservação da voz, que duvida alguma póde haver em pôl-a em execução.

Sacrificar a funcção e salvar a vida, quando d'outro modo não puder ser.

SEGUNDA PARTE

PROCESSOS OPERATORIOS

Antes de entrarmos propriamente na descripção d'esses varios processos, vejamos primeiro se haverá vantagem em executar uma operação prévia, a tracheotomia, quando quizermos pôr em pratica qualquer d'elles, e muito principalmente a laryngotomia total e a thyrotomia, pois que laryngotomias infra-hyoideas e supra thyroideas, pela sua maior proximidade da cavidade boccal, facilitam a sahida do sangue por este orificio. Cirurgiões ha, que teem seguido qualquer d'estes processos sem uma tracheotomia prévia, mas, se em alguns casos teem sido felizes, outros ha, em que o arrependimento vem

por essa falta, tendo alguns visto interrompidos os seus trabalhos em virtude de accessos de suffocação duradouros. E, sendo ordinariamente a tracheotomia prévia seguida do emprego da canula-tampão, que se oppõe á queda de sangue na trachea, maior segurança e socego vem dar ao operador, evitando as hemorragias primitivas e secundarias n'essas mesmas vias, tornando benigno o prognostico do edema inflammatorio, que algumas vezes sobrevem nas operações da larynge, e que, sendo intenso, por vezes, pode necessitar a tracheotomia, se não foi feita antecipadamente.

Achamos pois indicada a tracheotomia prévia, preferindo a superior, não só pela sua maior facilidade, mas porque por essa abertura se poderá observar o interior da larynge nos dias seguintes á operação.

Casos haverá porém, em que ella terá de ser posta de parte para executar-se a inferior, como por ex.: no caso d'um tumor maligno, em que o operador esteja sujeito a encontral-o no seu caminho.

Sobre o momento da sua realização, parece-nos, que as duas operações devem succeder-se n'uma mesma sessão, principalmente se forem destinadas a individuo robusto e portador de lesão maligna tendente a desenvolvimento mais ou menos rapido, para se evitarem os inconvenientes que podem resultar da permanencia demorada da canula na trachéa; se, porém, se tratar de tumores, não ameaçando pela sua malignidade a existencia do individuo, achamos acertado fazer a tracheotomia algum tempo antes, não só porque, descongestionando-se a larynge pelo repouso poderíamos ainda tentar novas intervenções endo-laryngeas, mas porque se teem dado casos, embora raros, de regressão d'esses tumores.

Entremos agora na descripção d'esses processos operatorios.

Vertical ou transversalmente se pôde dirigir a incisão de modo a alcançar a cavidade laryngea e ainda essa incisão poderá ter variada altura e localisação, pelo que teremos como primeira divisão uma:

Laryngotomia total, cuja incisão vae do bordo inferior do osso hyoide á trachéa, mas que ordinariamente só se prolonga até á cartilagem cricoidéa.

Laryngotomias parciaes, subdividindo-se estas em virtude do nivel, onde são praticadas em :

Laryngotomia	infra-hyoidéa
»	supra thyroidéa
Thyrotomia	transversal
»	vertical total
»	vertical parcial
Laryngotomia	cricoidéa
»	inter-crico-thyroidéa.
»	» » tracheal

Nem todos estes processos podem ser seguidos e utilizados, já pela insufficiencia do espaço, que nos offerecem, sendo pouca a luz e difficil o emprego dos instrumentos, já porque não tendo indicação alguma especial, não são mais que simples prolongamentos da incisão na laryngotomia total, ou apenas uns equivalentes á tracheotomia.

Por tudo isto eu tratarei apenas dos que podem dar-nos mais garantias d'exitto feliz.

LARYNGOTOMIA TOTAL.—É este o processo mais frequentemente adoptado, porque mais do que todos os outros expõe sob os nossos olhos os differentes pontos da larynge, e, tornando mais amplo o campo operatorio, mais facil torna a tarefa do operador.

Dever-se-ha chloroformisar primeiramente o doente?

Sobre este ponto ha divergencia entre as escolas allemã e franceza. A primeira, chloroformisa, em regra, a segunda, opera sem chloroformio ordinariamente.

Parece-me porém, que deverá empregar-se o chloroformio, pois que não só permite operar-se com mais segurança, mas tambem porque não vejo bem como elle possa influir maleficamente, visto ser mechanica a dyspnéa.

Nussbaum e Below tracheotomisaram e chloroformisaram pela canula. Trendelenburg inventou mesmo uma canula especial, a que adaptou um aparelho para o chloroformio.

Collocado o doente em decubito dor-

sal e com a cabeça um pouco deflectida, tendo procedido já á antisepsia da região e á anesthesia, incisa-se na linha media, e d'uma só vez, a pelle e a aponevrose cervical com as duas camadas de tecido cellular; depois, incisa-se a cartilagem thyroidéa, exactamente na linha media, de modo a passar entre as inserções das cordas vocaes.

Esta segunda parte póde executar-se, appoiando o escalpello na chanfradura do bordo superior da cartilagem thyroidéa e fendendo juntamente cartilagem e mucosa, tendo feito como aconselha o distincto operador allemão Bergmann, isto é, tendo o cuidado de marcar antecipadamente com um escalpello curto e forte o caminho a seguir, ou fazendo uma pequena abertura na membrana crico-thyroidéa, e, com o auxilio d'uma sonda, que passa pela parte posterior da cartilagem, cortar lentamente, tendo, é claro, a ponta do escalpello applicada á concavidade da sonda, ou fazer a incisão com a ajuda de uma tesoura, de que um dos ramos se ap-

plica á parte posterior e outro ao angulo saliente e anterior. Far-se-ha, em seguida, a incisão da membrana thyroidéa.

Depois da incisão e feita a observação, afastando cada lamina cartilaginea, por sua vez, proceder-se-ha á extirpação da lesão, fazendo seguil-a d'um penso anti-septico.

Terminada a operação, faz-se a sutura da cartilagem, o que tem sido posto de parte por varios operadores, confiando apenas na elasticidade das laminas para que a coaptação se dê. Parece-me, porém, mais prudente fazer-se a sutura para evitar futuros cavalgamentos. Sutura-se a pelle, aponevrose, e colloca-se depois um penso.

Identicamente se procede nas thyrotomias total e parcial, devendo porém preferir-se a laryngotomia a qualquer d'ellas, pela maior amplitude do campo operatorio que offerece, visto não poder, segundo experiencias de Castex, ¹ obter-

¹ « Le traitement chirurgical de la tuberculose laryngée ».

se mais de 15 millímetros de afastamento na thyrotomia total, ao passo que na laryngotomia póde elevar-se a 30 millímetros.

LARYNGOTOMIA INFRA-HYOIDÉA. — Processo empregado pela primeira vez por Prat em 1857, foi depois aconselhado e seguido por Krishaber, Planchon, Vidal e Malgaigne para a extirpação de tumores supra-glotticos. Das experiencias de Krishaber e Planchon resulta, que, por meio d'este processo, só poderemos attingir qualquer lesão situada na face posterior da larynge e acima das cordas vocaes superiores.

Executa-se este processo fazendo uma incisão de 6 centímetros, parallela e pouco abaixo do bordo inferior do osso hyoide. Corta-se a pelle, tecido cellular, musculo cutaneo, aponevrose cervical, musculos esterno-hyoideos e thyro-hyoideos, bolsa de Boyer e chega-se assim á membrana thyro-hyoidéa. Aqui, alguns operadores fazem ainda uma incisão transversal de extensão, um pouco menor que 3 centi-

metros, porque essa membrana é atravessada nos dois lados pelos vasos e nervos laryngeos superiores; outros porém, com o fim de evitar esse mesmo contratempo, fazem uma incisão vertical.

Dividida a membrana thyroidéa, cae-se sobre um espaço cheio de tecido cellular gorduroso e glandulas, e depois sobre a parte media da epiglottle, para cujas lesões assim como das pregas ary-epiglotticas este processo deve ser seguido.

Faz-se a sutura dos tegumentos, que é seguida ordinariamente de uma cicatrização rapida.

Para evitar a secção da base da epiglottle, que se dá na incisão de Malgaigne, Follin pôz em pratica um outro processo que a evita, e, como elle, não produz alteração alguma na voz visto passar tambem acima das cordas vocaes. E vem a ser a

LARYNGOTOMIA SUPRA-THYROIDÉA. — A incisão, aqui é feita uns cinco millimetros acima do bordo superior da cartilagem

thyroidéa, e tendo a mesma dimensão, que na antecedente.

Seccionam-se as mesmas camadas, tendo tambem o cuidado de poupar as partes lateraes por causa dos vasos e nervos. Divide-se o tecido cellular gorduroso infra-epiglottico, procura-se o rebordo elastico, que forma o ponto de união da epiglotte, fazendo abaixo d'elle a incisão, comprehendendo n'ella a mucosa laryngea.

Realisado o fim em vista, procede-se á sutura dos tegumentos.

D'este modo póde explorar-se todo o vestibulo da larynge, não receando qualquer aggravo ás cordas vocaes, e portanto á voz.

Resta-nos ainda por descrever a

THYROTOMIA TRANSVERSAL. — Processo empregado por Billroth n'um caso de sarcoma da corda vocal superior direita, mas que não tem sido seguido ulteriormente. Billroth fazia passar a secção transversal da cartilagem thyroidéa entre as inser-

ções das cordas vocaes superiores e inferiores.

Este processo, além do limitado espaço que offerece, não tem indicação para atingir-se qualquer parte especial da larynge, pelo que pode perfeitamente substituir-se por qualquer dos antecedentes.

«Il n'y a qu'une seule chose plus trompeuse que les
«faits, et ce sont les chiffres.» ¹

Os factos podem ser desfigurados de tal maneira e os numeros manipulados por tal fórma que a sua leitura nos leve a conclusões as mais oppostas e até a verdadeiros absurdos.

Ouçam-se as narrações d'um acontecimento por individuos de interesses antagonicos, de competencias varias, de designios contrarios, e, quanto maior fôr o numero, maior será a confusão, que se nos estabelecerá no espirito. Na apreciação dos resultados da laryngotomia chega-se a essa indecisão. Auctores como Kochler dão-nos uma mortalidade de 0,83 %, Moure

¹ MORELL.—MACKENZIE.

23 a 31 ‰, Bruns 3 ‰, Becker 5,83 ‰, Leseigneur 4,69 ‰, Mackenzie 27 ‰.

Como guiar-nos? Se uma estatística vem quasi afastar receios, outra nos diz que os perigos existem.

Argumentar respondendo a umas com os numeros das outras?

As estatísticas particulares de cada operador são pequenas, e mais pequenas se tornam ainda, se quizermos indicar os resultados em face das affecções benignas ou malignas.

É uma operação relativamente moderna, muito se tem abusado d'ella, muitas vezes tem sido posta em prática sem conta de tempo nem de occasião, e apezar d'isso ella nunca chegou a dar-nos a mortalidade, que outras operações congeneres teem dado. É uma operação de necessidade, como bastas vezes o disse, e todos os casos de cura, são por isso casos arrancados á morte.

Observação do Dr. Avelino Monteiro

ADENOMA DA CORDA VOCAL ESQUERDA---EXTIRPAÇÃO DEPOIS DE THYROTOMIA PREVIA
CURA COM CONSERVAÇÃO DA VOZ ¹

Observ. M. S., de fóra de Lisboa, de 18 annos de idade, começou a enrouquecer em julho de 1891, fatigando-se bastante quando executava qualquer trabalho, por menos violento que fosse.

Por vezes se attenuavam estas manifestações, mas, quando se constipava, aggravavam-se-lhes. Em agosto, do mesmo anno, desappareceu-lhe a voz, manifestando-se-lhe ao mesmo tempo por vezes accessos de suffocação e tosse impertinente, impossibilitando-a de se entregar aos seus trabalhos domesticos.

Todos estes incommodos obrigaram-n'a a vir á capital, entrando para o hospital no dia 8 de outubro.

¹ «Revista de Medicina e Cirurgia», 1891.

Tratada medicamente durante alguns dias sem resultado, teve no dia 23 um accesso de suffocação tão intenso e prolongado, que o cirurgião do Banco, chamado a toda a pressa, lhe fez immediatamente a tracheotomia, salvando-a assim da morte por asphyxia. Passados alguns dias, apoz o accidente, fomos observá-la, achando-se relativamente bem.

M. S. era de constituição robusta, ainda que um pouco enfraquecida por todos os soffrimentos. Antecedentes hereditarios não tinham importancia. Doenças anteriores, só se lembrava de ter tido sarampo quando creança. Um exame attento dosapparelhos respiratorio e circulatorio, e de todos os outros, não nos deu a conhecer nada de anormal. As urinas não tinham albumina. A ausencia, pois, de quaesquer alterações, que nos explicassem os symptomas apresentados pela doente, e mesmo porque o que ella primeiro apresentara, fôra a alteração da voz, levou-nos a suppor que era na larynge que residia todo o mal.

Tratando de lhe fazer o exame laryngoscopico, foi-nos impossivel colher resultados na primeira sessão, por isso que todos os tecidos em volta da larynge, estavam edemaciados, e bem assim a epyglote, accrescendo a isto, que esta se encontrava extraordinariamente pendida para traz.

Por estes motivos, pela impossibilidade de fazer com que a doente pronunciasse a vogal — *i* ou *e* que produz o levantamento da epyglote e ainda porque todas as manobras eram mal supportadas, apesar da co-

cainisação prévia, tivemos que repetir as sessões, até que conseguimos, empregando um estylete para levantar a epyglote, vêr um tumor volumoso, que enchia completamente a glote. Introduzindo depois na larynge uma pinça, foi a doente accommettida d'um tão violento ataque de tosse, que expelliu um pequeno fragmento do tumor, o qual examinado ao microscopio, apresentou todos os caracteres d'um adenoma. Ficando, portanto depois d'isto, averiguada a séde e a natureza da lesão, restava-nos escolher o methodo a seguir para fazer desapparecer a doença. Como se tratava d'um tumor benigno e, ao mesmo tempo, estava assegurada a respiração pela tracheotomia previa, o methodo naturalmente indicado era o endolaryngeo. Repetidas vezes o empregámos, mas sem resultado, o que, allíás, tinhamos previsto em vista das difficuldades, que nos apresentou o simples exame da larynge, e mesmo porque estamos habituados a operar dentro da larynge sómente quando podemos seguir todos os movimentos dos instrumentos lá introduzidos, o que era absolutamente impossivel no nosso caso.

Restava-nos, portanto, o recurso da laryngotomia.

A 7 de janeiro fizemos a operação. O nosso primeiro cuidado foi collocar um tampão na parte superior da trachea e ao de cima da canula, afim de evitar a entrada do sangue. Se não empregámos o appparelho de Trendelenbourg, o mais perfeito que existe e que satisfaz perfeitamente ao seu fim, foi porque não dispunhamos d'elle na occasião. A anesthesia fez-se pela ca-

nula, e se não foi completa, como era para desejar, foi porque a respiração parava, sendo por isso necessario interromper, por vezes, a chloroformisação, facto que já foi notado por P. Bruns como frequente n'estas operações. O processo descripto por Chalot foi o que adoptámos até ao momento em que a thyroidea foi posta a descoberto, sendo a incisão d'esta cartilagem feita como mais adiante descreveremos. Afastando então as laminas da thyroidea, immediatamente deparámos com um enorme tumor que se inseria sobre a corda vocal esquerda, em quasi toda a sua extensão. Extraí-mol-o por aquella abertura, cauterisando em seguida os pontos de implantação com um soluto de chloreto de zinco. Depois de bem limpa a ferida, tirámos o tampão e a canula, tornando a collocar esta depois de lavada e fizémos a sutura dos tecidos externos sem nos importarmos com a ferida da thyroidea. O penso empregado foi a gaze iodoformada.

Durante os primeiros dias mandámos dar á doente leite gelado, mantendo-se sempre a temperatura no estado normal. Do lado da larynge nenhum phenomeno se deu que denotasse gravidade.

No dia 11, isto é, quatro dias depois da operação levantámos o penso, tirámos a canula e vimos que a respiração se fazia perfeitamente. A ferida tinha cicatrizado por primeira intensão, e por isso tiramos os pontos de sutura dois dias depois.

No dia 17 tentámos fazer o exame laryngoscopico, mas a doente não o podia supportar.

A respiração continuou a fazer-se perfeitamente, voltando pouco a pouco a voz, que cada dia se tornava mais clara, sem contudo ter ainda attingido o estado normal. Impressionados com este facto, e fazendo mais tarde com certa difficuldade o exame laryngoscopico vimos, levantando a epyglote, que as cordas vocaes estavam unidas no seu terço anterior. Como não dispunhamos de instrumentos apropriados, para, sem perigo, fazermos a sua separação, e como a respiração se fazia livremente e a voz se apresentava assaz clara, resolvemos não intervir de novo. Conservando-se a doente por algum tempo n'este estado, e não reapparecendo o tumor, aconselhámo-la a saír do hospital e não nos consta, até hoje, que tenha peiorado.

PROPOSIÇÕES

Anatomia. — O appendice ileo-cæcal não tem posição nem direcção definidas.

Physiologia. — O excesso de temperatura perturba o funcionamento glandular.

Pathological geral. — O ruído de gallope resulta do exagero d'um phenomeno physiologico.

Anatomia pathologica. — O endurecimento não é característica especial do cancro syphilitico.

Therapeutica. — O tratamento mercurial não é capaz por si só de prevenir as manifestações syphiliticas.

Medicina Operatoria. — Nos tumores liquidos do rim prefiro a nephrotomia á nephrectomia.

Pathologia externa. — Em certas fracturas como por ex.: a dos malleolos, o diagnostico assenta quasi exclusivamente sobre a localisação da dôr.

Pathologia interna. — O syndroma urinario é o principal elemento para o diagnostico differencial entre appendicite e calculo do uretère.

Partos. — O toque vaginal é mais perigoso que util no parto normal.

Hygiene. — Individuos ha que para bem da sociedade deviam ser castrados.

Visto.

Alberto d'Aguiar.

Póde imprimir-se.

O. Monteiro.